

Organización Mundial de la Salud

Argumentos para completar la erradicación de la poliomielitis

«Como comunidad internacional, disponemos de pocas oportunidades para hacer algo que resulte incuestionablemente bueno para todos los países y niños de forma perpetua.»

Dra. Margaret Chan
Directora general
Organización Mundial de la Salud

El problema

Sin una infusión urgente de fondos internacionales, se perderá para siempre la oportunidad de completar la erradicación de la poliomielitis...

En julio de 2007, la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (GPEI) presentará un flujo de efectivo negativo que, si no se soluciona, hará que sea necesario reducir las actividades previstas para la erradicación de la poliomielitis en los países que siguen infectados¹. Incluso un recorte temporal tendría como consecuencia una nueva infección en las áreas ya erradicadas, demoras en la respuesta a brotes, una ola de niños paralizados por la poliomielitis y un aumento de los costes globales. La escasez de fondos en este momento pone en peligro todos los esfuerzos realizados durante 20 años para erradicar la enfermedad así como los logros relacionados con la inmunización rutinaria de niños, el control mundial de enfermedades contagiosas, la preparación y respuesta y otras actividades destinadas a la supervivencia de los niños y a la salud internacional.

La siguiente «declaración de argumentos» se elaboró tras una «Consulta urgente a los socios para la erradicación de la poliomielitis» convocada por la Directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 28 de febrero de 2007 en la sede de la OMS en Ginebra (Suiza). La lista de participantes, el orden del día, las presentaciones y otros materiales relacionados con esta Consulta están disponibles en www.polioeradication.org.

¹ A 10 de mayo de 2007, en 4 países todavía no se había conseguido detener la transmisión del poliovirus autóctono (esto es, países «endémicos»: Afganistán, India, Nigeria y Pakistán); en 6 de los 26 países donde se produjeron reinfecciones desde 2003 por un virus originario de un país endémico todavía no se había conseguido volver a detener la transmisión (Angola, Bangladesh, Etiopía, Myanmar, República Democrática del Congo y Somalia); otros 4 países que limitan con áreas «endémicas» siguen sufriendo importaciones esporádicas del virus (Camerún, Chad, Nepal y Níger).

Contexto

En 1988, más de 350.000 niños sufrían cada año parálisis causada por la poliomielitis...

Pese a la disponibilidad de una vacuna poliomiélica oral (VPO) eficaz y barata desde hace más de 25 años, más de 350.000 niños procedentes de al menos 125 países seguían sufriendo parálisis permanente por poliovirus salvajes² cuando se puso en marcha la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis.

En 1999, la GPEI había reducido en un 99 % la cifra anual de casos de poliomielitis y demostrado que la erradicación era factible...

La viabilidad técnica de la erradicación del poliovirus de tipo salvaje se confirmó en octubre de 1999 cuando se detectó el último caso de poliomielitis parálítica debida al poliovirus salvaje de tipo 2 (1 de los tres tipos) de todo el mundo. En 2002, la viabilidad de la erradicación se reafirmó al certificarse la erradicación de los tres tipos de poliovirus en 3 de las 6 regiones de la OMS.

En 2003, una reducción limitada de las actividades de erradicación dio lugar a un marcado resurgimiento de la poliomielitis...

A mediados de 2003, dos estados del norte de Nigeria gravemente infectados por la poliomielitis suspendieron de manera imprevista el uso de la VPO (afirmando que podría estar «contaminada», lo que dio lugar a una epidemia en todo el país³. Esto ocurrió poco después de que el GPEI cambiase de táctica, en parte debido a las limitaciones presupuestarias, y detuviese las campañas en la mayoría de las regiones de África, Asia y Oriente Próximo exentas de poliomielitis para centrar los esfuerzos en los países endémicos. Desde 2003, 20 países exentos de poliomielitis de estas áreas han sufrido nuevos brotes tras la importación de un poliovirus de Nigeria, mientras que un virus originado en la India volvió a infectar a otros 6 países. En total, miles de niños de regiones exentas de polio se vieron afectados por una parálisis y esto hizo necesario invertir más de 450 millones de dólares EE.UU. para las actividades de respuesta a emergencias.

En 2006, todavía existían poliovirus autóctonos en 4 países, lo que hizo surgir propuestas de que se abandonase la erradicación...

Con el pretexto de que llevar a cabo la erradicación de la poliomielitis resultaría muy caro en relación con el limitado número de casos restantes y que los 4 países endémicos y algunos de los países nuevamente infectados no podrían llevar a cabo completamente las estrategias necesarias, algunos altos cargos de la sanidad pública propusieron que se renunciase al objetivo de la erradicación para apostar por un «control eficaz». Esta propuesta se hizo en un momento de creciente concienciación y el debate internacional sobre otros riesgos, como la fatiga de los voluntarios y trabajadores sanitarios tras años

² El adjetivo «salvaje» designa poliovirus que circulan en el entorno natural entre las personas. La «cepa Sabin» designa los poliovirus atenuados que se utilizan para fabricar la vacuna poliomiélica oral (VPO).

³ Centers for Disease Control and Prevention. Resurgence of wild poliovirus type 1 transmission and consequences of importation into 21 previously polio-free countries, 2002-2005. Morbidity and Mortality Weekly Report 2006; 55: 145-50.

de campañas, las lagunas históricas en la calidad de la supervivencia y la competencia de otras prioridades del desarrollo.

Un nuevo estudio demuestra que pasar a un «control eficaz» de la poliomiéлитis resultaría de hecho más caro que completar la erradicación...

Argumentos para completar la erradicación de la poliomiéлитis

Los partidarios del «control eficaz» (que definen como mantener indefinidamente una cifra de menos de 500 casos anuales de poliomiéлитis) afirmaban que esto podría suponer unos costes menores que completar la erradicación⁴. No obstante, un análisis independiente concluyó que el «control eficaz» realmente supondría una carga de la enfermedad mucho mayor y que los costes superarían en miles de millones de dólares, durante un periodo de 20 años, los que supondría completar la erradicación⁵.

Nuevos análisis confirman que el regreso a la vacunación rutinaria como único modo de controlar la poliomiéлитis se traduciría en más de 200.000 nuevos casos de parálisis infantil cada año...

La propagación internacional del poliovirus desde Nigeria en 2003 demostró que el número de casos podría aumentar rápidamente si no se completaba la erradicación³. La utilización de nuevos modelos matemáticos ha demostrado que, independientemente de la estrategia de control utilizada, solo en los países de renta baja un cambio a una estrategia de «control» ocasionaría hasta 4 millones de casos de parálisis infantil por poliomiéлитis durante los próximos 20 años⁵. Este aumento de la prevalencia de la poliomiéлитis afectaría de manera desproporcionada a las poblaciones más pobres dado que la gran mayoría de los casos se produce en países con un PIB inferior a 1000 dólares EE.UU./año.

Nuevas herramientas mejoran sensiblemente el impacto de las estrategias de erradicación⁶...

Un estudio reciente confirmó que las nuevas vacunas antipoliomielíticas monovalentes (VPOm) desarrolladas gracias a una extraordinaria colaboración entre los sectores público y privado durante 2005-2006 mejoran sensiblemente el impacto de las campañas contra la enfermedad⁷. A dosis iguales, la protección proporcionada a los niños por estas vacunas contra el tipo de virus presente en un país es más del doble que la proporcionada por la VPO trivalente tradicional. La GPEI también está analizando la posibilidad de utilizar una vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI) para los casos en los que la poliomiéлитis persista en una región con una elevada cobertura de la VPOm.

Nuevas medidas están reduciendo el riesgo y las consecuencias de los nuevos brotes epidémicos en zonas exentas de poliomiéлитis...

Desde que la Asamblea Mundial de la Salud, en 2006, puso en práctica respuestas más rápidas, amplias y sostenidas a los brotes epidémicos de poliomiéлитis, solo el 6 % de los

⁴ Arita I. Public health. Is polio eradication realistic? Science 2006; 312(5775): 852-4.

⁵ Thompson KM, Tebbens RJ. Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis. Lancet. 2007; 369(9570): 1363-71.

⁶ La estrategia de cuatro puntos de la GPEI (vacunación rutinaria, días nacionales de vacunación antipoliomielítica (DNV), supervivencia de la parálisis flácida aguda (PFA) y campañas de «mop-up») utilizó la vacuna antipoliomielítica oral trivalente (VPOt).

⁷ Grassly NC. Protective efficacy of a monovalent oral type 1 poliovirus vaccine: a case-control study. Lancet. 2007; 369(9570): 1356-62.

casos nuevos se ha debido a importaciones de virus frente a un 52 % de los casos el año anterior. Además, la velocidad de las actividades de respuesta a brotes epidémicos ha aumentado todavía más gracias a los nuevos métodos de laboratorio introducidos a finales de 2006 y que han reducido en un 50 % el tiempo necesario para confirmar la infección por el poliovirus y que, desde 2005, se han duplicado en todos los países de alto riesgo los objetivos en materia de sensibilidad de la supervivencia.

Se desarrollan nuevas tácticas para afrontar los retos específicos de los 4 últimos países endémicos...

Fin de 2006, en Nigeria se organizan «días de vacunación +» (IPDs) que combinan la administración de la VOPm con otras intervenciones, lo que ha aumentado sensiblemente la cobertura de la vacunación rutinaria, la aceptación por parte de la población y el apoyo político. En la India, un nuevo programa acelerado de administración de la VPOm está alzando la vacunación infantil más rápidamente que en 2006. En Pakistán y Afganistán se ha puesto en práctica una nueva estrategia de varios puntos que incluye la sincronización transfronteriza de las campañas, el seguimiento de las poblaciones nómadas y negociaciones para el acceso con los líderes locales y los grupos militares. En estos cuatro países, los líderes religiosos y tradicionales han aumentado sustancialmente su implicación para ayudar a implicar a la población local.

En los cuatro últimos países endémicos, el Jefe de gobierno se ha implicado directamente en los esfuerzos para completar la erradicación...

El 28 de febrero de 2007, los Jefes de Gobierno de Afganistán, la India, Nigeria y Pakistán enviaron representantes a la consulta urgente a socios en las actividades de erradicación de la poliomielitis convocada en la OMS (Ginebra) por la Directora general. En este nivel de responsabilidades, existe la posibilidad de movilizar los apoyos interministeriales e intersectoriales necesarios para poner en práctica nuevas tácticas destinadas a vacunar a todos los niños de todas las zonas infectadas. En dos de los cuatro países, el impacto de este apoyo ya se ha traducido en nuevos compromisos por un total de 311 millones de dólares EE.UU. para la financiación de actividades de lucha contra la poliomielitis.

La total erradicación de la poliomielitis beneficiará a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)...

La inversión realizada en la GPEI no solo se ha traducido en evitar 5 millones de casos de poliomielitis hasta la fecha. Más del 85 % de las personas que trabajan a jornada completa en la GPEI (aproximadamente 3400 personas a 1 de mayo de 2007) dedican como media la mitad de su tiempo a otras actividades de control de enfermedades. Esta inversión de la GPEI ha ayudado a: evitar 1,25 millones de muertes gracias a programas de suplementación de vitamina A y 2,3 millones de muertes por las actividades destinadas a reducir la mortalidad por sarampión⁸; alzar las vacunaciones rutinarias e introducir nuevas vacunas en los países participantes en la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI); responder a las crisis sanitarias internacionales

⁸ Wolfson LJ. Measles Initiative. Has the 2005 measles mortality reduction goal been achieved? A natural history modelling study. Lancet 2007; 369(9557): 191-200.

como el SARS y la gripe aviaria⁹; y facilitar una respuesta rápida a las catástrofes humanitarias como durante el tsunami que asoló el sudeste asiático en 2004 o el terremoto sufrido en Pakistán en 2005. El mantenimiento de la inversión en erradicación facilitará la integración continuada de la infraestructura y las operaciones de la GPEI con otras actividades y evitará las consecuencias nocivas que tendría la disminución del apoyo que recibe actualmente la Iniciativa.

⁹ Heymann DL, Aylward RB. Poliomyelitis eradication and pandemic influenza. *Lancet* 2006; 367(9521): 1462-4.

Acciones inmediatas para intensificar las actividades de erradicación de la poliomielitis (durante los seis próximos meses)

Acción inmediata de todos los participantes en la GPEI es necesaria para explotar las nuevas herramientas, técnicas y compromisos para acelerar la erradicación de la poliomielitis durante 2007-2008. En el caso de los países endémicos, es prioritario aumentar la cifra de niños vacunados con las nuevas VPOm en cada distrito infectado para la poliomielitis durante cada campaña. Al nivel internacional, es fundamental garantizar que la GPEI disponga de la financiación y del apoyo político necesarios para poner en práctica las campañas de vacunación y actividades de supervisión de la más alta calidad posible.

Actividades nacionales (países donde la poliomielitis es endémica)

1 *Erradicación de la poliomielitis como prioridad nacional:* se pondrá en marcha un mecanismo a nivel nacional y estatal/provincial para coordinar regularmente las contribuciones interministeriales e intersectoriales (al menos cada dos meses) e informar sobre sus actividades al Jefe de Estado o de Gobierno. Los responsables de la lucha contra la poliomielitis pondrán en práctica las decisiones de estos organismos y tendrán la responsabilidad global de los resultados obtenidos en esta área.

2 *Movilización social y comunicaciones:* una revisión nacional/internacional desarrollará un plan de acción completo para implicar a las poblaciones de los distritos afectados, optimizar el uso de los medios de comunicación, aumentar la implicación de los líderes locales y evitar de manera preactiva la propagación de rumores. Durante cada campaña se analizarán los indicadores estándar y se revisará el plan si es necesario.

3 *Calidad de las campañas y supervisión:* para poder vacunar a más del 95 % de los niños de los distritos infectados, deberán rediseñarse los planes locales en función de las normas internacionales, revisarse todas las áreas y asignarse a vacunadores aceptables para la población; se implicará a las organizaciones locales y ONG, especialmente a grupos religiosos y de mujeres. Habrá equipos independientes que se encargarán de supervisar la ejecución de las campañas en regiones de alto riesgo¹⁰ y de informar al organismo consultivo técnico nacional sobre la poliomielitis. En los distritos infectados, se volverá a visitar y realizarán nuevas operaciones de vacunación en las zonas donde la cobertura de la vacunación fuese inferior al 90 %.

4 *Vacunación rutinaria:* se establecerán objetivos de cobertura para los distritos infectados por la poliomielitis y, junto con indicadores de procesos clave¹¹, se incluirán entre los datos revisados durante cada reunión del organismo consultivo técnico nacional.

5 *Investigación e introducción de nuevas herramientas:* los organismos consultivos técnicos elaborarán una lista de investigaciones que habrá que realizar (p. ej., encuestas serológicas, estudios sobre el VPI, pruebas piloto de nuevas

¹⁰ Zonas de alto riesgo en que queden niños sin vacunación antipoliomielitice, es decir, caracterizadas por una elevada carga de la enfermedad, por una alta proporción de niños que nunca hayan sido vacunados, por unos malos resultados históricos de las campañas, etc.

¹¹ Los indicadores clave del rendimiento pueden incluir la proporción de puestos vacantes para vacunaciones rutinarias, sesiones de vacunación rutinaria llevadas a cabo y reservas de vacunas.

intervenciones, etc.) y les tratarán porque se lleven a cabo durante los seis próximos meses. Se introducirán rápidamente herramientas nuevas (p. ej., mediante la homologación por lo menos 2 fabricantes de cada VPO1m y VPO3m).

6 *Financiación nacional:* se establecerán y actualizarán presupuestos trianuales para la erradicación de la poliomielitis, se definirá la financiación nacional y se reunirá dos veces al año un Comité de coordinación interinstitucional (CCI) de alto nivel con los distintos implicados en el desarrollo y el Ministerio de Finanzas para comentar o aclarar cuestiones relacionadas con la financiación nacional.

Actividades internacionales (donantes y socios)

1 *Financiación internacional:* los argumentos para completar la erradicación de la poliomielitis se presentarán durante las reuniones del G8, del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, del Comité de Desarrollo del Banco Mundial, de la Organización de la Conferencia Islámica (OCI) y de los comités de la Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI).

2 *Alegato internacional:* la Directora general de la OMS se desplazará a los cuatro países endémicos para entrevistarse con el Jefe de estado o de gobierno sobre la intensificación de los esfuerzos de erradicación. El documento «Argumentos para completar la erradicación de la poliomielitis» será igualmente traído a la atención de los líderes políticos y de las instituciones que apoyan a la GPEI durante las cumbres del G8, de la Organización de la Conferencia Islámica (OCI), de la Unión Africana, de la Asociación del Sur de Asia para la Cooperación Regional (SAARC) y de la Commonwealth.

3 *Aumento de la seguridad de los trabajadores y voluntarios de la lucha contra la poliomielitis:* la OMS, UNICEF y los socios internacionales implicados apoyarán las medidas puestas en práctica en los distintos países para organizar «Días de tranquilidad» y/o otros mecanismos destinados a garantizar la seguridad de los vacunadores con el fin de que estos puedan vacunar a todos los niños en las zonas menos seguras o que están viviendo conflictos.

4 *Coordinación internacional de las campañas:* la OMS y UNICEF ayudarán a los países a sincronizar sus campañas cuando sea necesario para optimizar la cobertura de la vacunación de las poblaciones en desplazamiento (p. ej., Afganistán/Pakistán, India/Nepal, Nigeria/Níger).

5 *Limitación de la propagación internacional de la poliomielitis:* la OMS y UNICEF ayudarán a los países re infectados a poner en marcha respuestas rápidas ante los nuevos brotes de poliomielitis. Además, la OMS les ayudará a actualizar sus políticas de vacunación con el fin de reducir el riesgo de importación de poliovirus.

Etapas clave de un esfuerzo intensificado para erradicar la poliomielitis

El avance por las siguientes etapas demostrará si se están poniendo en práctica «acciones inmediatas para un esfuerzo intensificado para erradicar la poliomielitis» y si se está consiguiendo el impacto previsto para detener la transmisión de la enfermedad en los países endémicos o re infectados.

1. Países endémicos: Reducción del número de distritos infectados
 - De aquí a finales de 2007 debería reducirse a la mitad el número de distritos infectados por la poliomielitis respecto a 2006.
 - De aquí a finales de 2008 debería haberse interrumpido la transmisión de la poliomielitis o al menos haberse alcanzado una nueva reducción del 50 % en el número de distritos infectados respecto al año anterior.
2. Países endémicos: Aumento de la protección contra la poliomielitis en los distritos infectados¹²
 - De aquí a finales de 2007, la tasa de vacunación antipoliomielítica en los niños de 6-35 meses en los distritos infectados deberá situarse al menos al mismo nivel que en los distritos exentos de poliomielitis.
 - De aquí a finales de 2008, la tasa de vacunación antipoliomielítica en los niños de 6-35 meses en los distritos infectados deberá ser al menos igual, durante un mínimo de 12 meses, a la observada en los distritos exentos de poliomielitis.
3. Países re infectados: Cese rápido de los nuevos brotes de poliomielitis
 - De aquí a finales de 2007, en los países re infectados durante 2006 deberán haberse puesto en práctica medidas de respuesta adecuadas¹³ además de haberse interrumpido la transmisión del poliovirus importado.
 - De aquí a finales de 2008, en todos los países re infectados durante 2007 deberán haberse puesto en práctica medidas de respuesta además de haberse interrumpido la transmisión del poliovirus importado.
4. Socios internacionales: Cierre del déficit financiero¹⁴
 - De aquí a mediados de 2007 deberán haberse reunido fondos suficientes para financiar todas las actividades de erradicación previstas hasta finales de 2007.
 - De aquí a finales de 2007 deberán haberse reunido fondos suficientes para financiar todas las actividades de erradicación previstas hasta finales de 2008.

¹² Medido en función del estado de vacunación de niños de 6-35 meses afectados por parálisis flácida aguda no poliomielítica y, cuando corresponda, ajustado teniendo en cuenta las diferencias en la eficacia de la vacuna respecto a las zonas exentas de poliomielitis.

¹³ Resolución WHA59.1 de la Asamblea Mundial de la Salud

¹⁴ Tal y como se indica en la edición relevante del documento Financial Resource Requirements of the Global Polio Eradication Initiative (FRRs), disponible en www.polioeradication.org.

Seguimiento del esfuerzo intensificado para erradicar la poliomielitis

Los distintos socios podrán seguir el progreso por las diferentes etapas y las actividades del esfuerzo intensificado en el sitio web de la GPEI www.polioeradication.org así como en las publicaciones de la Iniciativa (p. ej., PolioNews y el Informe anual de la GPEI).

En cada país endémico, las actividades serán seguidas y reorientadas cada 4-6 meses por el organismo consultivo técnico (el comité revisor de expertos en Nigeria, el grupo consultivo técnico en Afganistán y Pakistán, y el grupo consultivo de expertos en La India). Al nivel internacional, las actividades serán revisadas cada seis meses por el comité consultivo de erradicación de la poliomielitis (que se reunirá en presencia una vez al año) y anualmente por los comités consultivos regionales.

Las conclusiones de los organismos consultivos se publicarán en el sitio web de la GPEI en un plazo de 10 días después de cada reunión y se incluirán en los informes anuales de la Secretaría a la Asamblea Mundial de la Salud. Cada año se convocarán reuniones de seguimiento para los socios.

Llamada a la acción para financiar un esfuerzo intensificado de erradicación de la poliomielitis, 2007-2008

La puesta en práctica de «acciones inmediatas» para intensificar la GPEI necesitará la inyección rápida de un financiamiento multi-año flexible. De lo contrario, dejaremos escapar la oportunidad de erradicar la poliomielitis. A 10 de mayo de 2007, la GPEI presenta un déficit financiero de 540 millones de dólares EE.UU. para el ejercicio 2007-2008. Será necesario reducir las actividades y el personal en julio de 2007 si no se garantiza para esta fecha un importe de 100 millones de dólares que permita cubrir parte de este déficit. Por otra parte, para noviembre de 2007 será necesario haber reunido otros 100 millones de dólares.

Resumen de la financiación externa requerida, por grandes categorías de gastos, para el ejercicio 2007-2008 (en millones de dólares EE.UU.)¹⁵

Principales partidas de gastos	2007	2008	2007-2008
Vacuna antipoliomielítica oral	227,98	176,09	404,07
Actividades de las campañas	230,69	163,81	394,50
Respuesta a brotes/evaluación de la VPOm	50,00	35,00	85,00
Supervisión	61,09	59,47	120,56
Trabajos de laboratorio	8,37	8,45	16,82
Ayuda técnica	87,90	83,35	171,25
Certificación y contención	12,00	12,00	24,00
Productos para después de la erradicación	5,00	5,00	10,00
Vacunas de reserva para después de la erradicación	12,70	31,60	44,30
Subtotal	695,72	574,77	1.270,50
Contribuciones	493,80	237,73	731,53
Déficit	201,92	337,04	538,97

Notas:

- La realización de campañas adicionales para aumentar la inmunidad en los países exentos de poliomielitis y con un riesgo moderado de importación de poliovirus supondría otros 110 millones de dólares EE.UU. anuales.

¹⁵ Puede obtenerse más información en el documento Financial Resource Requirements of the Global Polio Eradication Initiative (FRRs), disponible en www.polioeradication.org.

- Una demora de 12 meses para completar la erradicación en las bolsas de poliovirus de Pakistán/Afganistán, Nigeria y la India aumentaría los costes en un mínimo de 45, 80 y 140 millones de dólares EE.UU. respectivamente.
- Una vez detenida la transmisión mundial del poliovirus natural, se necesitarían 661 millones de dólares EE.UU. durante los próximos tres años para la certificación y la preparación para después de la erradicación.